DIE LARVIERTE DEPRESSION

- GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG UND HEUTIGE BEDEUTUNG -

JOACHIM WALD

1974

Aus der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der
Johannes Gutenberg Universität Mainz

Die larvierte Depression
- geschichtliche Entwicklung und heutige Bedeutung -

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin der
Johannes Gutenberg Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Joachim Wald
aus Gau-Algesheim

Mainz 1974

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Fachbereichsdekan: Professor Dr. J. Fischer
Referent: Professor Dr. J. Clatzel
Korreferent: Professor Dr. U.H. Peters

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Definition der larvierten Depression und verwandter Begriffe im geschichtlichen Wandel	3
III.	Krankheitsbild	16
IV.	Nosologische Zuordnung der larvierten Depression	27
	Die larvierte Depression als eigenständige Krankheitseinheit	27
	Die larvierte Depression im Rahmen der endogenen Depression	29
	Die larvierte Depression als unspezifisches Syndrom	32
V.	Möglichkeiten und Grenzen des niedergelassenen Arztes bei Diagnose und Therapie der larvierten Depression	38
VI.	Zusammenfassung	43
VII.	Literaturverzeichnis	44

I. Einleitung

Seit einigen Jahren findet nicht nur im medizinischen Bereich die menschliche Psyche vermehrt Beachtung. Die Leib-Seele Einheit des Menschen wird wieder stärker betont. Im Zuge dieser Strömung erlangt aus dem Bereich der Medizin das Fachgebiet der Psychiatrie langsam seine gebührende Stellung. Aus diesem Fachgebiet rückt in letzter Zeit unter anderem die "larvierte Depression" in den Mittelpunkt des allgemeinen Interesses. Der pharmazeutischen Industrie, die seit der erfolgreichen Einführung der Chemotherapie auch in der Psychiatrie diesen Markt mit hohem Forschungsaufwand erschließt, ist es zuzuschreiben, daß es der Begriff der "larvierten Depression" zu einem hohen Bekanntheitsgrad auch beim Allgemeinpraktiker oder Facharzt der nichtpsychiatrischen Disziplinen gebracht hat. Dies ist allerdings nur dadurch möglich geworden, daß die Zahl der "Problempatienten" in der Praxis des niedergelassenen Arztes rapide zugenommen hat und inzwischen einen beachtlichen Prozentsatz der behandlungsbedürftigen Patienten ausmacht. Die "larvierte Depression", in starker Vereinfachung beim Praktiker vorgestellt, umfaßt in dieser, dem menschlichen Prägnanzbedürfnis entgegenkommenden Form einen Großteil der Problempatienten und verspricht in Verbindung mit der angebotenen Chemotherapie die ersehnte Lösung des Falles.

Der Informationsfluß von der wissenschaftlichen Diskussion der fachlich qualifizierten Forscher zum niedergelassenen Praktiker, an sich eine wünschenswerte Erscheinung, birgt infolge der notwendigen Vereinfachung und Verdichtung des Problems immer eine Gefahr für die Terminologie. Dies gilt in besonderem Maße für die Psychiatrie. Bei dem weitgehenden Mangel an anatomisch-histologischen und biochemischen Korrelaten ist sie auf aus-

führliche Deskriptionen des Krankheitsbildes angewiesen. Auch in relativ ausführliche Definitionen schleichen sich daher leicht summarische Begriffe ein.

Der Begriff der "larvierten Depression", von J. LANGE im Jahre 1942 im deutschen Schrifttum zum ersten Mal genannt, ist in seinem Inhalt - seelische Depression verbirgt sich hinter körperlichem Leiden, das Teil eben dieser Depression ist - schon seit Beginn dieses Jahrhunderts in der Diskussion. Nie fand er jedoch soviel Beachtung und war deshalb so umstritten wie in den letzten Jahren. Man rätselt über die Ursachen der enormen Zunahme der larvierten Depression und streitet sich in der Kernfrage über die nosologische Zuordnung des Krankheitsbildes, d.h., ob die larvierte Depression ein eigenständiges Krankheitsbild bietet oder sich nur als Prodromalstadium, phasenhaftes Äquivalent, Begleitsyndrom oder gar geringfügige Akzentverschiebung bereits bekannter Krankheitsbilder äußert, oder auch, im Rahmen welcher depressiven Erkrankungsformen es als unspezifisches Syndrom auftritt. Zum anderen bestehen unterschiedliche Auffassungen über den Schweregrad solcher Depressionen, wie auch darüber, welche seelischen Symptome verborgen sind oder fehlen. Schließlich wird sogar in Frage gestellt, ob die Heraushebung einer "larvierten Depression" überhaupt sinnvoll ist. All diese strittigen Punkte müssen im Hinblick auf die adäquate Therapie und auf die Prognose geklärt werden. Nur dann kann dem Praktiker und somit dem Patienten wirklich geholfen werden.

II. Definition der larvierten Depression und verwandter Begriffe im geschichtlichen Wandel

Die Definition einer Krankheit ist in der Psychiatrie besonders schwierig. Es fehlt bei vielen Krankheitsbildern ein morphologisches Substrat und oft ist auch die Ätiologie unsicher. Schon im letzten Jahrhundert forderte daher KAHLBAUM für gleiche Krankheiten gleiche Symptome, Verläufe und Ausgänge. Nun ist aber, wie schon K. SCHNEIDER sagt, eine psychopathologische Zustands-Verlaufsbildung keine Krankheit, die Symptome im medizinischen Sinne machen kann. Unter diesen Vorbehalten kann man die verschiedenen Depressionen nach folgenden Kriterien unterscheiden:

Zustand: Hierzu zählen vor allem die Symptome, die in der Syndromatologie die Aufstellung von Depressionssyndromen ermöglichen, welche nosologisch unspezifisch sein können. Erst dadurch, daß Ätiologie und Pathogenese geklärt werden, ist in Verbindung mit Leitsymptomen oder gar spezifischen Symptomen die Gliederung der Krankheiten in der Nosologie möglich. Auch aus der Beachtung von Heredität, Konstitution, Alter und Geschlecht ergibt sich eine Hilfe bei der Diagnosestellung.

Verlauf: Genaue Aufzeichnung des bisherigen und künftigen Krankheitsverlaufes ist unerläßlich für die Abrundung der nosologischen Diagnose und für die Prognose. Die in diesem Zusammenhang vielzitierte "Ansprechbarkeit auf die Therapie" ist als nosologisches Kriterium zumindest bedenklich.

Eine weitere Schwierigkeit zur Definition speziell der Depressionen bildet der dreigeteilte Depressionsbegriff.

In der Umgangssprache versteht man darunter eine Art seelischer Stimmung, innerhalb der Psychiatrie einmal ein unspezifisches Syndrom, zum anderen aber das Krankheitsbild der endogenen Depression. O. KANT schlug schon 1927 vor, das der physiologischen Trauer ähnliche seelische Unlustgefühl "psychopathische Verstimmung" zu nennen und den Begriff Depression als Synonym zu Melancholie zu reservieren für das Gefühl in der endogenen Depression, die in der vitalen Schicht, wo das Körpergefühl lokalisiert ist, erlebt wird und für das kein passendes normalpsychologisches Korrelat angegeben werden kann. Sind diese Definitionen auch im einzelnen nicht unwidersprochen geblieben, so ist doch die Grundidee richtig, für verschiedene Sachverhalte in Interesse der Klarheit auch verschiedene verbale Bezeichnungen einzuführen.

Im Jahre 1942 schreibt J. LANGE wohl als erster im deutschen Schrifttum über die "larvierte Depression". Er verweist auf MONTASSUT und ROUSELLE, die 1936 ein Werk über "depressions larvées" veröffentlicht haben. LANGE versteht unter der larvierten Depression eine leicht endogene Depression, die im Rahmen des zirkulären Irreseins auftritt und den Patienten eher über Leibschmerzen, Druck auf der Brust, Kopfweh, Verstopfung und Schlaflosigkeit klagen läßt als über Niedergeschlagenheit. Eine sorgfältige Untersuchung deckt nach seiner Ansicht aber bei allen Kranken echte Depressionen auf.

Doch schon 1928 beschreibt LANGE das gleiche Bild im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins, ohne allerdings das Bild ausdrücklich als larvierte Form zu bezeichnen. Die körperlichen Erscheinungen deutet er als leibnah erlebte Angst. Ähnliches schrieb im gleichen Jahr PLETNEW über die somatische Cyclothymie, kurz

Cyclosomie genannt. Er betont, daß somatische Symptome nicht nur Begleiterkrankungen, sondern wahre Symptome der Cyclothymie seien. Doch meint er, daß psychische und physische Symptome sowohl parallel als auch dissoziiert auftreten können und von Cyclosomie gesprochen werden muß, wenn die somatische Komponente im Vordergrund steht. Ein Jahr später geht CIMBAL sogar soweit, ein "vegetatives Äquivalent" anstelle eines manisch-depressiven oder thymogenen Depressionszustandes zu fordern.

In seiner Arbeit über die "vegetativ-dystone Depression" aus dem Jahre 1937 beschreibt HEMPEL einen Krankheitstyp, der sich durch eine ausgesprochen depressive Stimmungslage in Verbindung mit körperlichen Mißempfindungen auszeichnet. Da die depressive Stimmung im Erscheinungsbild gewissen psychopathischen Verstimmungen recht nahe kommt, gleichzeitig aber Phasenhaftigkeit aufweist, ist sich der Autor unsicher, ob die vegetativ-dystone Depression noch als eine Form des manisch-depressiven Irreseins anzusehen ist oder als eigenständige Krankheit zu gelten hat. HEMPEL stellt auch die interessante Forderung auf, sich weniger auf die vegetativen Erscheinungen der Psychosen zu konzentrieren, sondern einmal umgekehrt zu fragen, wie die Depressionen der vegetativ Stigmatisierten aussehen. Im Jahre 1949 schreibt LEMKE über die "vegetative Depression", einen Begriff, der große Verbreitung gefunden hat und von vielen Autoren als Synonym der larvierten Depression verstanden wird. Laut LEMKE bildet die seelische Depression die Grundlage der Krankheit, wird im Erscheinungsbild aber von den körperlichen Störungen, die den Hauptplatz einnehmen, verdrängt. Die eigentliche Depressionssymptomatik kann dabei soweit verdrängt sein, daß nur der Nachweis früherer

Phasen oder einer erblichen Belastung zur richtigen Diagnose führen. Einheitliche Grundzüge in der Symptomatik geben ihm die Berechtigung, die vegetative Depression als eigenständige Krankheitsgruppe abzutrennen. Unter Krankheitsgruppe versteht er offenbar ein unspezifisches Syndrom, wenn er schreibt, daß die vegetative Depression als reaktive Angstdepression, Schub einer Schizophrenie oder Phase einer Zyklothymie auftreten kann. Während LEMKE die vegetativen Erscheinungen in Anlehnung an LANGE vorwiegend als Folge der affektiven Erregung Angst erklärt, sieht DICHGANS (1952) die vegetative Depression einfach als Erscheinungswandel der endogenen Psychosen, als Indikator geschichtlicher Wandlungen im Bewußtseinsschwerpunkt des Menschen. Vor einer Einordnung in die Systematik fordert er noch weitere Beobachtungen. Unsicher in der nosologischen Einordnung der vegetativen Depression bleibt auch DELIUS (1966), der in seinem Werk "Psychovegetative Syndrome" dieses Krankheitsbild beschreibt. Nach seiner Definition sind psychovegetative Depressionen durch eine gedrückte Befindensweise nicht-psychotischer Wesensart und diffuse Beeinträchtigungen des Organverhaltens gekennzeichnet. Die näher beschriebenen Beschwerden und Symptome ähneln sehr denen der larvierten Depression, die in einem späteren Kapitel besprochen werden. Bezüglich der Ätiopathogenese beschreibt DELIUS exogene Faktoren, wie z.B. langdauernde Überforderung, die bei gegebener Disposition im Sinne einer psychovegetativen Regulationsschwäche und einer Anlage zu depressiven Störungen das Krankheitsbild auslösen. Daraus ergibt sich eine nosologische Stellung zwischen den psychogenen und endogenen Depressionen und die Forderung einer bipolaren, psychagogischen und medikamentösen Therapie. In seiner Untersuchung über vegetative Symptomatik bei zyklothymen

Depressionen wendet sich GLATZEL (1967) gegen diese Eigenständigkeit einer vegetativen Depression. Er findet die "vegetative Depression" nur im zyklothymen Formenkreis, als Leitsymptomatik auf eine Phase beschränkt, und sieht keine eigenständige Zustands-Verlaufseinheit, die eine besondere Hervorhebung als Krankheitstyp rechtfertigen würde. Beziehungen der "vegetativen Depression" zu Krankheitseinheiten außerhalb der Zyklothymie läßt er nur hinsichtlich des phänomenalen Aspektes gelten.

Daneben finden wir einen weiteren Depressionstyp, der ähnliches wie die larvierte Depression bezeichnet, und, genau wie diese, noch heute diskutiert wird. Es handelt sich um die vitale Depression. Ursprünglich umfaßte dieser Begriff eine Vielzahl der depressiven Zustandsbilder der Zyklothymie (WESTERMANN, 1921). Heute steht er eher für einen Prägnanztyp. K. SCHNEIDER (1955) sieht die vitale Depression als einen Ausschnitt aus den leiblich zyklothymen Depressionen, die er den seelischen zyklothymen Depressionen gegenüberstellt. Er plaziert sie in das Randgebiet der Zyklothymie. Charakterisiert durch die vitale Traurigkeit, die nicht als physiologische Gefühlsqualität, sondern als lokalisiertes Leibgefühl erlebt wird, warnt er dennoch davor, sie als "depressio sine depressione" zu bezeichnen, da immer auch ein "seelischer Hof" vorhanden sei. Er wendet sich damit gegen Autoren wie H. KRANZ (1951), der die vitale Depression als eine "depressio sine depressione" bezeichnet und neben der zyklothymen Depression auch reaktive und andere Depressionszustände einbezieht. Eine umfangreiche Arbeit zu diesem Thema hat PETRILOWITSCH (1961) veröffentlicht. Seine "symptomarme Vitaldepression" wird gekennzeichnet durch eine vitale Ver-

stimmung mit vorwiegend vegetativen Begleiterscheinungen. Eine drückende, lähmende Last der leibnahen Verstimmung mit ihrem Begleitsymptom der mäßigen gedanklichen und psychomotorischen Hemmung beeinträchtigt nachhaltig die Fähigkeit, sich mit der Umwelt aktiv auseinanderzusetzen. Trotz endogener Symptomatologie könne die Vitaldepression psychoreaktiv oder exogen ausgelöst werden und sei als Syndrom nosologisch vieldeutig. Es trete auf als Endstation vitalisierter dysthymer Verstimmungen, als Übergangssyndrom, das eine schizophrene oder exogene Psychose einleitet, als Phase einer Zyklothymie, oder auch als Depression im Rückbildungsalter. Wie eng die Beziehung auch der Vitaldepression zur larvierten Depression ist, sehen wir daraus, daß WALCHER in seiner Monographie (1969) die symptomarme Vitaldepression als charakteristisches Bild der larvierten Depression anführt, letztere aber nicht darauf beschränkt wissen möchte. In jüngster Zeit hat sich GLATZEL (1972,1973) mit dem Begriff der vitalen Depression beschäftigt. Er sieht sie neben der vegetativen Depression als einen Prägnanztyp der larvierten Depressionen, charakterisiert durch die vitale Baisse, die sich als Mattigkeit, Lustlosigkeit und verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit äußert, während Leibgefühlsstörungen, Kennzeichen der vegetativen Depression als zweitem Pol der larvierten Depression, im Hintergrund bleiben. Er siedelt die vitale Depression im weiteren Umkreis der Zyklothymie an. In diesen Arbeiten wendet sich GLATZEL als einer der wenigen direkt gegen den Begriff "larvierte Depression", den er aus Gründen, die später zu erörtern sind, für unglücklich hält und durch die "vitale Zyklothymie" ersetzt wissen möchte.

Im weiteren Umkreis finden sich noch viele Arbeiten,

die sich, wenn auch unter verschiedenen Bezeichnungen, inhaltlich mit ähnlichen Bildern befassen, wie sie die larvierte Depression darstellt. BAUMER (1953) gibt in seiner Arbeit zu bedenken, ob vegetative Dystonien nicht in Wirklichkeit zyklothyme Depressionen seien und führt zur Stützung dieser Vermutung den Hang des vegetativ Dystonen zur hypochondrischen Überbewertung seiner Beschwerden, deren Lokalisationswechsel, die Reizbarkeit des Patienten und das Auftreten abnormer Körpersensationen an. BAUMER erfüllt damit gleichsam die oben erwähnte Forderung HEMPELs, doch einmal umgekehrt zu fragen, wie die Depression des vegetativ Stigmatisierten aussehe.

Diese Forderung erfüllt auch LOPEZ-IBOR (1966) in seiner Arbeit über "depressive Äquivalente". Er rückt ausdrücklich von der herkömmlichen Beschreibung der Depressionen ab. Bei Krankheitsbildern, die sich völlig von der geläufigen Symptomatik der Depressionen unterscheiden, fragt er erst in zweiter Linie nach endothymen Faktoren, so zum Beispiel bei den verschiedenen Algien, der Akathisie, gewissen hysterischen Krankheitsbildern und psychosomatischen Syndromen. Die Phasenhaftigkeit dieser Krankheitsbilder, ja sogar ein Wechsel von "depressiven Äquivalenten" mit typisch depressiven Krankheitsbildern, die neben dem diffusen, sich verlagernden Schmerz stets auch nachzuweisende Angst, dienen ihm neben der erfolgreichen Therapie mit Thymoleptika als Hauptgründe, diese Krankheitsbilder als "depressive Äquivalente" herauszustellen. Allerdings betont der Autor, daß er diesen Ausdruck nicht als einen neuen diagnostischen Begriff, sondern als ein Werkzeug der klinischen Forschung verstanden wissen will.

Bezug sowohl auf die larvierte Depression als auch

die vegetative Depression nimmt WEITBRECHT (1952) bei der Beschreibung seiner "endoreaktiven Dysthymie", womit er die "endothyme Depression" besser ausgedrückt glaubte. Fehlende Schuldgefühle und ein hypochondrischer Einschlag geben ihm in Verbindung mit starken vegetativen Störungen den Bezug zur larvierten und vegetativen Depression. Gegenüber der Zyklothymie unterscheidet er sie als selbstständige Krankheitseinheit, durch die Herausarbeitung von Gegensätzlichkeiten im Verlauf, prämorbider Wesensstruktur und physischer Konstitution. So führt er kürzere Phasendauer, weniger ausgeprägte Suizidneigung, geringere familiäre Belastung und Überwiegen des asthenischen Körperbaues an. Desgleichen erwähnt er die Auslösbarkeit durch exogene Faktoren im Sinne einer grundsätzlich geringeren Umweltstabilität. So können nach seiner Ansicht durch schwere psychische Belastung eine Reihe von Symptomen der Zyklothymie wie Hemmung, Angst, Agitiertheit und auch vitale Traurigkeit ausgelöst werden. Der Zusatz endoreaktiv, von WEITBRECHT später ebenso für verzichtbar gehalten wie die Herausstellung der Dysthymie als eigenständige Somatose, bezieht sich also sowohl auf die Krankheitsauslösung als auch auf das klinische Bild. Zumindest letzteres überschneidet sich stark mit der larvierten Depression. So betont GLATZEL (1973), daß die Dysthymie phänomenal durchaus der larvierten Depression entsprechen könne.

Anhand der bisher kurz angeschnittenen Begriffe wie "vegetative oder depressive Äquivalente", vegetativ dystone Depression, vegetative Depression, somatische Cyclothymie, vitale Depression oder endoreaktive Dysthymie ist zu erkennen, daß unterschiedliche Definitionen durch die einzelnen Autoren innerhalb der einzelnen Begriffe ebenso bestehen wie Überschneidungen oder sogar weitgehende Übereinstimmung unter den nicht gleichlautenden Bezeichnungen. Die auffälligste und

größte Übereinstimmung besteht hinsichtlich der Erscheinungsbilder. So wird in fast allen Definitionen vom Überwiegen der körperlichen Symptome gesprochen, die das psychische Bild zurücktreten lassen. Doch schon hier sind erste Gradunterschiede festzustellen, wenn PLETNEW vom dissoziierten Auftreten der physischen Symptome spricht oder CIMBAL "vegetative Äquivalente" fordert, also im Gegensatz zu den anderen Autoren die Nachweisbarkeit einer psychischen Verstimmung abstreitet. Wesentlich mehr Differenzen finden sich in der Beurteilung der einzelnen Krankheitsbilder. LANGE ordnet die larvierte Depression ebenso der Zyklothymie zu wie K. SCHNEIDER die vitale Depression. PETRILOWITSCH hält bei seiner Vitaldepression auch psychoreaktive oder exogene Auslösung für möglich und kennzeichnet sie als unspezifisches, nosologisch vieldeutiges Syndrom. Als unspezifisches Syndrom wird auch meist die vegetative Depression definiert (LEMKE, DELIUS, HEMPEL), während sie DICHGANS auf die Cyclothymie beschränkt und lediglich einen Erscheinungswandel derselben konzediert. Während LEMKE und HEMPEL zunächst sogar an ein eigenständiges Krankheitsbild denken, lehnt GLATZEL die besondere Herausstellung eines Krankheitsbegriffes "vegetative Depression" überhaupt ab. WEITBRECHTs endoreaktive Dysthymie umgeht die Schwierigkeiten, die sich aus Mitbeteiligung exogener und reaktiver Faktoren bei der Gestaltung der Krankheitsbilder ergeben, indem er für das breite Feld zwischen endogenen und reaktiven Krankheitsbildern einen neuen Begriff schafft.

Die aufgezeigten unterschiedlichen Auffassungen und Definitionsschwierigkeiten finden wir auch bei neueren Arbeiten über die larvierte Depression. BAUMER (1953) vermutet, daß manche vegetative Dystonien in Wirklichkeit Prodromalstadien oder abortive Phasen leichter larvierter cyclothymer Depressionen seien. Auch HOFF

(1956) bezieht die "larvierte Melancholie" allein auf die endogene Depression und versteht sie als eine Abweichung von der klassischen melancholischen Symptomatik, wobei er weniger auf die körperliche Symptomatik zielt, die er schon immer zum Bild der Melancholie gehörig zählt, als vielmehr auf eine Abnahme der unbegründeten Traurigkeit als Folge der zunehmenden Krankheitsauslösung durch exogene Faktoren.

ALZHEIMER (1960) warnt, angesichts der Schwierigkeit, endogene und reaktive Faktoren zu trennen, vor "Aufweichungstendenzen" bezüglich des Begriffes der endogenen Depression. Außerhalb deren Kerngruppe siedelt er die larvierte Depression an, die er nur erscheinungsbildlich, nicht aber ätiologisch besonders charakterisiert sieht. Dieser Ansicht schließt sich auch LINDNER (1966) an, der die larvierte Depression allein den endogenen Depressionen zuordnet und nur insoweit einschränkt, als endogene Anteile auch bei anderen Depressionen eine mehr oder minder deutliche Rolle spielen können. In einer Arbeit aus dem Jahr 1967 befaßt sich PAKESCH mit dem Syndrom der larvierten Depression. Er nennt sie auch inapperente endothyme Depression und versteht darunter Krankheitsbilder, die zunächst als organische, eventuell psychogen überlagerte Krankheiten anmuten, bei denen sich aber endogene Komponenten nachweisen lassen, wie der zyklisch rezidivierende Verlauf, der dysthyme Tagesrhythmus und die in Projektionstesten erkennbare Depression. HOLE und PÖLDINGER (1968) setzen in ihrer Arbeit die larvierte Depression der vegetativen Depression LEMKEs gleich und geben zu bedenken, daß vegetative Symptome als Bestandteile des gesamten depressiven Syndroms trotz unterschiedlicher Genese bei allen Arten von Depressionszuständen auftreten können. Dabei seien die vegetativen Manifestationen in ihrer Art meist recht ähnlich und beträfen dieselben vegetativen

Funktionsbereiche und Organsysteme. Die Sonderstellung der larvierten Depression beruhe auf der Verschiebung des querschnittsmäßigen Verhältnisses von vegetativer und psychischer Symptomatik. Eine klare nosologische Einordnung ist hiermit umgangen, die larvierte Depression ist als eine Sonderform des Depressionssyndroms vorgestellt.

Im gleichen Jahr schreibt BLEULER über das gleiche klinische Bild, ohne das Adjektiv "larviert" zu erwähnen. Er spricht von körperlichen Beschwerden und Störungen auf emotionellem Hintergrund. In der gleichen Arbeit wendet er sich gegen die "Etikette" vegetative Dystonie, die er für ein Syndrom, nicht aber für eine Diagnose hält, da das vegetative Nervensystem kaum isoliert "verrückt" werden könne. Dieser Hinweis ist insofern interessant, da sich der praktische Arzt nach der Verlegenheitsdiagnose "vegetative Dystonie" weitere differentialdiagnostische Erwägungen erspart und so ein Großteil der Patienten nicht einer Kausaltherapie zugeführt wird.

Unter der Überschrift "Die verkannte Depression" beschäftigt sich WIECK (1968) mit dem Krankheitsbild der Zyklothymie. Bei der Schilderung wird deutlich, daß er dabei deren "larvierte" Verlaufsform im Auge hat, was sich auch daran zeigt, daß er Bezug auf die "depressio sine depressione" nimmt.

In einer Arbeit mit gleicher Überschrift geht KIELHOLZ (1969) davon aus, daß grundsätzlich das gleiche depressive Syndrom bei den verschiedenen nosologischen Gruppen in Erscheinung treten kann, gesteht aber zu, daß das depressive Syndrom bei der endogenen Depression am klarsten ausgeprägt ist. Er spricht in einem Atemzug von larvierter Form, somatischen Äquivalenten und der "laughing depres-

sion" ohne eine eigenständige larvierte Depression hervorzuheben.

Ein weiteres Synonym zur larvierten Depression bietet WALTHER-BÜEL (1970) in seiner Arbeit über die "vital somatisierte Dysthymie" an. Er umgeht damit eine Schwierigkeit, nämlich daß "larvierte Depression" über die im Vordergrund stehende Syndromgestaltung zunächst nichts aussagt. Darauf ist auch GLATZEL u.a. in seiner Monographie (1972) über "Die sogenannte larvierte Depression" eingegangen. Auch WALCHER (1969) hat eine Monographie zu dem Thema der larvierten Depression vorgelegt. Im Vergleich beider Monographien fallen unterschiedliche Ansichten auf über die erwähnte Zweckmäßigkeit des Begriffes überhaupt, über die Verwendung des Begriffes hypochondrisch zur Kennzeichnung der larvierten Depression, über nosologische Zuordnung und daraus folgende differentialdiagnostische Erwägungen sowie über die "Tiefe" der durch körperliche Beschwerden gekennzeichneten Depression. Auf die tieferen Gründe der Standpunkte kann ausführlich erst in den folgenden Kapiteln über Krankheitsbild, Pathogenese und Ätiologie eingegangen werden.

An dem bisher Gesagten ist jedoch schon zu erkennen, daß die "larvierte Depression" keine Neuentdeckung ist, sondern, wie LANGE schon 1942 schrieb, es ihr Schicksal zu sein scheint, alle Jahrzehnte neu entdeckt zu werden. Die Vielzahl der ähnlichen und zum Teil auch identischen Begriffe, die oben kurz behandelt wurden, läßt die Vermutung aufkommen, daß damit dem Ehrgeiz der Autoren Genugtuung verschafft wurde. Man muß jedoch auch bedenken, daß die Psychiatrie als relativ junges Fach noch keine abgeschlossene Nosologie anbieten kann. Neue Beobachtungen von jeweils verschiedenen Ausgangspunkten haben zur Vielzahl der Begriffe geführt. Dennoch kann aus der

heutigen Sicht, wie GLATZEL (1972) feststellt, einem Teil der Begriffe nur historischer Wert beigemessen werden.

III. Krankheitsbild

Da es in der Psychopathologie nach Meinung vieler Autoren keine spezifischen Symptome gibt, haben diese alleine genommen nicht den hohen diagnostischen Rang wie in der übrigen Medizin. So betont HIPPIUS (1971), daß sich die Unspezifität der Syndrome doppelt erweise, indem er auf gleiche Symptome aus verschiedenen Ursachen und gleichzeitig auf verschiedene psychopathologische Erscheinungsbilder bei gleichen Ursachen hinweist. Aus der gleichen Intention heraus unterscheidet ANGST (1969) zwölf untereinander kombinierbare Depressionssyndrome und acht Depressionsdiagnosen, die sich durch Berücksichtigung der Ätiologie ergeben. Allgemein kann festgestellt werden, daß das Krankheitsbild umso bunter und vielgestaltiger ist, je unverfälschter sich die Endogenität des Leidens darstellt, während Modulationsreichtum der Beschwerden Ausdruck der erhaltenen Reagibilität bei reaktiv-endogenen Dysthymien ist (PETRILOWITSCH/BAER 1970). Daß auf die larvierte Depression beides zutrifft, wird gänzlich erst im nächsten Kapitel über Ätiologie und Nosologie deutlich.

Wir dürfen uns bei der Betrachtung des Krankheitsbildes jedenfalls nicht dadurch stören lassen, daß jede vegetative Depression durch die Kombination einzelner vegetativer Störungen eine "besondere Färbung" hat (LEMKE 1949), oder daß jeder Kranke unter seiner Depression leidet, wie HERTRICH (1962) einmal schreibt. Bei genauer Betrachtung lassen sich einheitliche Grundzüge herausfinden.

In erster Linie ist nach hereditärer Belastung zu forschen. Immer wieder findet man in der Verwandtschaft des Patienten Fälle von endogenen Psychosen und Suizidversuchen. Weiter ist ein Überwiegen der Frauen unter den

larviert Depressiven auffällig, allerdings nicht so stark wie bei den rein endogenen Psychosen. Als Prädilektionsalter für den erstmaligen Auftritt der Krankheit wird in den verschiedenen Untersuchungen das Alter zwischen 20 und 50 Jahren genannt. Bezüglich des Konstitutionstypes ist zu sagen, daß der Leptosome vorherrscht. Wie PETRILOWITSCH betont, sind bei Untersuchungen der neueren Zeit Angaben über den Konstitutionstyp nur noch selten gemacht worden.

Wie schon erwähnt, stehen bei der larvierten Depression körperliche Symptome im Vordergrund. Es kann der Sinn dieser Arbeit nicht sein, auf die Vielfältigkeit der geäußerten Beschwerden näher einzugehen. Auffällig ist der häufige Bezug auf die "vegetative Dystonie". BIRKMAYER (1960) hält bis zu 50 % der Besucher einer Allgemeinpraxis für vegetativ-dyston, BINDER (1966) schätzt, daß ein Drittel davon an einer reaktiven Depression leidet. DITFURTH (1961) hält gar das vegetative Syndrom für das Kernsyndrom der endogenen Depression. Zu den häufigsten Klagen aus diesem Bereich gehören Schlafstörungen, Obstipation, Schweißausbrüche, trockener Mund und Tachykardie. Daneben finden wie eine Symptomgruppe, die unter der Bezeichnung "abnorme Körpersensationen" oder "Leibgefühlstörungen" beschrieben wird. Es handelt sich dabei nach GLATZEL (1969) um Wahrnehmungen am eigenen Körper, deren sinnliche Qualität eigentlich eine Leibempfindung darstellt und die lokalisiert erlebt wird. Die Leibgefühlstörungen ahmen Symptome bekannter Körperkrankheiten nach und schließen auch die vegetativen Störungen ein. GLATZEL nennt hierzu Herzdruck, Magenschmerz, Bauchweh, Kopfdruck und Kribbeln in den Extremitäten.

Von den Leibgefühlstörungen trennt GLATZEL streng die <u>Vitalgefühle</u> und versteht darunter eine leibliche Befind-

lichkeitsstörung als negativ getöntes Lebensgefühl, das nicht lokalisiert angegeben wird, sondern Gesamtausdehnungscharakter besitzt und wie Hunger oder Ermüdung erlebt wird. Diese strenge Trennung wird in anderen Arbeiten nicht durchgeführt. So unterscheidet WIECK (1968) bei der "Vitalen Störung" lokalisierte und allgemeine leibliche Mißempfindungen und ebenso wie WALCHER (1969) sprechen auch HOLE/PÖLDINGER (1968) von Vitalgefühlen und zählen dazu auch die Traurigkeit als lokalisiertes und diffuses Leibgefühl. Bezüglich des Beschwerdencharakters verweisen sie auf eine untrennbare Verflochtenheit seelischer und körperlicher Empfindungen. Auch DICHGANS (1952) spricht von einem eigenartigen Gemisch körperlicher und geistiger Beeinträchtigung als psychopathologischem Bild der Verstimmung. Laut GLATZEL (1972) drückt sich die besondere Leibesnähe der vitalen Verstimmung sogar in den Formulierungen aus, die von dem Patienten geboten werden. Er verweist auf Ausdrücke wie Druck, Schmerz, Spannung oder Enge, die leib-seelische Doppeldeutigkeit besitzen.

Je nach Einstellung bezeichnen die Autoren die Schilderungen der Beschwerden durch die Patienten als "garnicht recht zu verbalisierender Zustand"(HOLE/PÖLDINGER 1968) oder sie heben die "treffende Ausdrucksweise" hervor, so DICHGANS (1952) einfühlend für eine Angabe wie "Schwindel im Bauch". Aus dem besonderen Charakter der Beschwerden ableitbar sprechen jedoch die meisten Autoren von unklaren Angaben bezüglich Qualität und Abgrenzung der Schmerzen und vom häufigen Gebrauch von Als-ob-Vergleichen zu ihrer Schilderung. Neben dieser Tatsache weist auch ein häufiger Lokalisationswechsel weg von organischer Ursache hin zur larvierten Depression. Die einzelnen Autoren bieten nun verschiedene Ausschnitte aus der großen Vielfalt der körperlichen Beschwerden. Erwähnt sei, daß nach WIECK (1965) vor allem die Vorderseite des Körpers betroffen ist. HELMCHEN (1969) stellt fünf soma-

tische Syndromgruppen auf, LINDNER (1966) ordnet diese sogar in einer Art "emotionaler Topologie" in Köperlängsachse. WIECK hat schon 1965 für die vornehmlich durch körperliche Störungen gekennzeichnete Form der Zyklothymie sehr anschaulich und übersichtlich einen Beschwerdenkatalog für die einzelnen medizinischen Fachbereiche aufgestellt, wie dies dann auch WALCHER (1969) für die larvierte Depression tat.

Immer wieder liest man in diesem Zusammenhang von Hypochondrie. WALCHER (1969) definiert die larvierte Depression als eine "Gruppe hypochondrischer Depressionen", und stellt fest, daß überbewertende Selbstbeobachtung und hypochondrische Klagsamkeit als wesentliche Symptome im Vordergrund stehen. Auch BAUMER (1953) und BINDER (1966) sprechen von einer Überbewertung der vegetativen Beschwerden bis hin zur Hypochondrie. HEMPEL(1937) sieht zu einer gewöhnlichen hypochondrisch gefärbten endogenen Depression nur insoweit einen Unterschied, als die an einer vegetativ-dystonen Depression Erkrankten alle einem bestimmten Formenkreis angehören, die ihre Mißempfindungen recht glaubhaft und trotz der Vielfalt recht unbestimmter Klagen sicher organisch erscheinen läßt. Andere Autoren lehnen jedoch mehr oder weniger streng die Verwendung des Begriffes "hypochondrisch" zur Kennzeichnung der somatischen Beschwerden ab. LANGE (1942) schreibt dazu, daß die leicht Melancholischen nicht jene Virtuosität der Selbstbeobachtung entwickeln und Störungen im Sinne hypochondrischer Wahnbildungen nicht vorkommen. Von Hypochondrie zu sprechen, warnen auch LEMKE (1949) und DICHGANS (1952), da die Kranken mit ihren erheblichen subjektiven Beschwerden oft Ursache zum Klagen hätten. Auch LINDNER (1966) wendet sich gegen den Ausdruck hypochondrisch und erklärt Krebs- und Infarktphobien mit dem allgemeinen phobischen Zug der Kranken. GLATZEL (1967,1969) schreibt, daß vegetative und hypochondrische Depressionen

lediglich manche symptomatologische Gemeinsamkeiten haben und die vegetative Erscheinungsart einer endogenen Depression von der eigentlichen hypochondrischen Depression abzugrenzen sei. Später (1972,1973) betont er noch schärfer, daß die hypochondrische Depression als einer der klassischen Typen zyklothym-depressiven Krankseins keinen Platz in der Darstellung der larvierten Depression habe. Zum Teil erklären sich die unterschiedlichen Auffassungen aus der Doppeldeutigkeit des Hypochondrischen, das nach LEONHARD (1957) einmal eine Befürchtung um das körperliche Wohl, zum anderen aber auch eine Mißempfindung ohne zugrundeliegende Organkrankheit ausdrückt. In der letzten Definition, die sich mit GLATZELs Ausführungen über Leibgefühlstörungen deckt, kommt die hypochondrische Depression freilich der larvierten Depression in der Symptomgestaltung sehr nahe. So ist auch das von LEONHARD beschriebene Bild mit dem der larvierten Depression nahezu identisch. Daß WALCHER (1969) an diese Definition denkt, wird deutlich, wenn er einerseits von hypochondrischen Beschwerden spricht, und andererseits zugesteht, daß die vitale Verstimmung geradezu körperlich und als ungeheure Qual empfunden werde. Demgegenüber betont SATTES (1955), daß die Bezeichnung hypochondrisch sich auf die Einstellung des Trägers zur Krankheit bezieht und nicht die Beschwerden kennzeichnet, weswegen der Ausdruck "hypochondrische Beschwerden" eigentlich schon der notwendigen Korrektheit ermangele. Auch warnt er vor dem erfahrungsgemäß zu freizügigen Umgang mit dem Ausdruck hypochondrisch gerade bei den Depressionen. Eine andere Erklärung für die unterschiedlichen Auffassungen bietet MATUSSEK (1965). Er schreibt, unter Vitalgefühlen würden neben typischen Einstellungen wie Druck auf die Brust und Schwere im Körper auch hypochondrische Einstellungen verstanden, denn in der älteren Literatur würden diese nicht streng von den Vitalgefühlen unterschieden. Daß die hypochondrische Klagsamkeit nicht eigentlich zum Krankheitsbild gehört, sondern

auch eine Folge der ärztlichen Ratlosigkeit sein kann, schreibt KIELHOLZ (1969). Nach seiner Ansicht vertieft das fruchtlose Suchen nach somatischen Veränderungen einerseits das Krankheitsgefühl des Patienten und verstärkt andererseits die Neigung ängstlicher Selbstbeobachtung.

Durch die Einbeziehung der vitalen Verstimmung, die leibnah erlebt wird, haben wir schon einen Teilaspekt der psychischen Symptome angeschnitten. Übereinstimmend bezeichnen alle Autoren die vitale Verstimmung als das Kernsymptom der larvierten Depression, das sich nahezu immer nachweisen läßt. Im Vordergrund steht dabei die "vitale Traurigkeit" im Sinne K. SCHNEIDERs. Die hier gemeinte Traurigkeit, für den Laien der Ausdruck der Melancholie schlechthin, ist jedoch weder ein spezifisches Symptom der larvierten Depression oder der Depressionen überhaupt, noch ist sie identisch mit der normalpsychologischen Gefühlsqualität Traurigkeit. Nach K. SCHNEIDER (1920) ist die vitale Traurigkeit das häufigste Leitsymptom der endogenen Depression, eine Art seelischer Verstimmung, leibnah erlebt wie allgemeine Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Schwere oder auch als Schmerzgefühl, das mit "Traurigkeit" nichts zu tun hat.

GLATZEL (1969) schlägt vor, auch um Mißverständnisse bei der Anamnese auszuschalten, die unterschiedlichen Inhalte des Wortes Traurigkeit auch in getrennten Begriffen auszudrücken. Er versteht unter Traurigkeit eine abnorme Gefühlserregung und unterscheidet davon die relativ länger dauernde, im "personalen Grund" verankerte vitale Verstimmung. Wie wenig die Gefühlsqualität Traurigkeit als Leitsymptom der endogenen Depression gemeint ist, zeigt auch LANGEs Frage (1928), worin der Unterschied der unmotivierten, körperlich erlebten Traurigkeit von der leibnah erlebten Angst bestehe. Ebenso spricht HOFF (1956) von Angst,

die in körperliche Beschwerden konvertiert werde. Auch K. HEINRICH (1967) stellt die rein seelische Traurigkeit zurück und sieht die Affektion der Vitalschicht ausgedrückt durch die Erschwerung oder Verhinderung des Selbst- und Welterlebens und die Verringerung der Möglichkeiten zur tätigen Einflußnahme auf die Umwelt. GLATZEL (1972) nennt dies kurz Einschränkung oder Verlust an Möglichkeiten der Kommunikationsgestaltung. Immer wieder werden auch das "Gefühl der Gefühllosigkeit" oder die "Unfähigkeit zur Trauer" erwähnt. ALSEN (1961) hebt die Devitalisierung als obligates Primärsyndrom der endogenen Depression hervor und betont gleichzeitig, daß die depressiven Affekte wie Traurigkeit, vitale Traurigkeit, Angst oder Hemmung genauso wie die Wahnbildungen zwar häufig, aber sicher nicht obligat und nur zum Teil primär seien. Die Devitalisierung ist für ihn ablesbar an dem welken Aussehen, der einförmigen, schleppenden Sprache, an verminderter Motorik, fehlendem Unternehmungsgeist, Schwäche, Antriebs- und Interesselosigkeit, aber auch die charakteristischen Mißempfindungen zählt er "noch" hinzu. Für ALSEN ist die Devitalisierung veränderlich in ihren Merkmalen, in ihrem Wesen aber immer gleich. KIELHOLZ (1969) betont hierzu, daß besonders bei den leichten Formen der endogenen Depression nur selten alle Symptome des "depressiven Trias", wie depressive Grundstimmung, Denkhemmung, Hemmung der zentrifugalen Funktionen bzw. Agitiertheit nachweisbar sind und J. LANGE (1942) stellt fest, daß eigentlich Depressive, d. h. Menschen, bei denen die traurige Stimmungslage vorherrscht, im Umkreis des manisch depressiven Irreseins selten anzutreffen sind. So gesehen, ist ein typisches "Vollbild" der endogenen Depression nicht gegeben. An idesem Punkt setzt GLATZEL an, wenn er in seiner Monographie auf die Problematik des Begriffes larvierte Depression eingeht. Wenn es kein typisches Vollbild gibt und die Traurigkeit sogar nicht einmal notwendig zur zyklothymen Depression gehört, ihre diagnostische Über-

bewertung vielmehr auf ungenügende Differenzierung zwischen abnormen Gefühlserregungen und Verstimmungen zurückgeht, so ist es nicht angebracht, bei ihrem Fehlen von larvierter Depression zu sprechen. Auch sei es in der Medizin allgemein üblich, ein Krankheitsbild oder ein Syndrom nach den bestimmenden und nicht nach den fehlenden Merkmalen zu bezeichnen. Abgesehen davon ist die im Vordergrund stehende vegetative Symptomatik ein Bestandteil der Krankheitseinheit endogene Depression, larviert ist eigentlich nur die vitale Verstimmung. Das Mißverständnis ergibt sich zum Teil aus der im vorigen Kapitel angesprochenen Mehrdeutigkeit des Depressionsbegriffes, die auch in dem synonym zur larvierten Depression verwendeten Begriff "depressio sine depressione" deutlich wird.

Neben der "Traurigkeit" finden wir noch andere Symptome, die auf eine seelische Befindlichkeitsstörung hinweisen. Nach PETERS / GLATZEL (1971) werden spontan auch Reizbarkeit, Schlafstörung und Ermüdbarkeit genannt, während Versagensgefühle, Selbstvorwürfe, häufiges Weinen und Nachlassen der Libido zunächst verschwiegen werden. Die Entschlußerschwerung und das sich daraus ergebende Insuffizienzgefühl sind eine Folge des Zusammenspiels von psychomotorischer Hemmung und Denkhemmung (LEONHARD, 1957). Ein Symptom, das nicht übersehen werden darf, ist die Selbstmorddrohung bzw. der Selbstmordversuch. DICHGANS (1952) hält die Suizidgefahr für gering, warnt aber eindringlich, sie zu übersehen, während LEMKE (1949) vermerkt, die Suizidgefahr sei bei vegetativen Depressionen nicht geringer als bei anderen Depressionen. Auch KOLLE (1961) verweist auf die große Selbstmordgefahr auch bei leichten Formen der Cyclothymie und PETRILOWITSCH / BAER (1970) ermahnen, vor allem bei Depressionen mit hypochondrischen Inhalten und schweren Schlafstörungen auf die drohende Gefahr des Suizids zu achten. Wenn man dies be-

denkt, ist es problematisch, im Zusammenhang mit der larvierten Depression von "leichter" Depression zu reden, wie dies in den meisten Arbeiten geschieht. Abgesehen davon, daß die prognostisch für den Gesamtverlauf wichtigsten Faktoren nicht aus dem psychopathologischen Syndrom, wie es sich dem Arzt zunächst bietet, zu erschließen sind (WEITBRECHT, 1959), lassen sich "leichte" depressive Schwankungen nicht einfach als "Verdünnungen" zyklothymen Krankheitsgeschehens abtun (PETRILOWITSCH / BAER, 1970). Die im Vordergrund stehende vegetative Symptomatik berechtigt nicht, von "leichter" Depression zu sprechen, denn nach HOLE / PÖLDINGER (1968) nimmt dieses Syndrom, zum Morbus selbst gehörig, mit der "Tiefe" der Depression sogar zu und LANGE betont schon 1942, daß der körperliche Zustand in allen ausgesprochenen Fällen der Melancholie elend sei. HERTRICH (1962) unterscheidet vier Schweregrade der Depression und ordnet das Bild, das der larvierten Depression etwa entspricht, unter Schweregrad zwei ein und betont gleichzeitig, daß der Akzent auch bei leichten Depressionen insgesamt immer wieder auf der psychischen Veränderung liegt. Wenn die einzelnen Autoren immer wieder die große subjektive Qual der Patienten betonen, so spricht das ebenso gegen eine "Gradeinteilung" wie die Feststellung von HELMCHEN (1969), daß die larvierte Depression keineswegs weniger gefährlich als etwa eindrucksvolle Melancholie sei, da neben der Suizidgefahr auch Arbeitsunfähigkeit und soziale Ausgliederung der Patienten drohe. Ein bedenkenswerter, wenn auch fraglicher Hinweis auf den Krankheitsgrad ist auch die Erfahrung, daß bei der Therapie der larvierten Depression mit Antidepressiva die gleiche Dosis verabreicht werden muß wie bei voll ausgebildeten Depressionen (PAKESCH, 1967). Trotz der bekannten Bemühungen, mittels Fragebogen mit gestuften Beschwerdeangaben einzelne somatische und psychische Symptome zu quantifizieren, gilt die Feststellung, daß der Versuch, Krankheitszustände hinsichtlich ihrer Schwere voneinander

zu unterscheiden, in der Psychiatrie grundsätzlichen Schwierigkeiten begegnet. "Was als unterschiedliche Quantität erscheint, ist meist angemessener als unterschiedliche Qualität beschrieben" (GLATZEL, 1972).

Neben den somatischen und psychischen Symptomen finden wir noch einige andere Kennzeichen des Krankheitsbildes larvierte Depression. Im Vordergrund stehen Hinweise auf die "Endogenität" des Leidens wie die Phasenhaftigkeit des Auftretens mit Schwerpunkt im Frühjahr und Herbst und die Tagesschwankung in der Befindlichkeit während einer Phase. Die Zu- oder Abnahme des Schweregrades im Laufe des Tages läßt es nach WIECK (1968) ratsam erscheinen, den Patienten zu einer anderen Tageszeit wieder einzubestellen, um sich ein klares Bild über den Krankheitscharakter machen zu können. In den meisten Fällen wird eine Besserung des Befindens gegen Abend festgestellt. WALCHER (1969) spricht hier sehr einprägsam von abendlicher Spontanremission. Daneben läßt sich nach PAKESCH (1967) durch Persönlichkeitsteste die Depression als Grundleiden nachweisen. Zu dem Problem der Krankheitseinsicht vermerkt WIECK (1968), daß besonders bei der leichten, verkannten Form der zyklothymen Depression der Arzt spontan aufgesucht wird. Das Krankheitsbewußtsein pflegt sich allerdings auf den körperlichen Zustand zu beschränken (LANGE, 1942). So schreibt auch WIECK (1968), daß die leicht Zyklothymen den Arzt zum Beispiel zur Behandlung der "Impotenz" aufsuchen, ein Symptom, das den schwer Melancholischen überhaupt nicht interessiert. GLATZEL (1972) vermerkt hierzu, daß ein Kranker mit einer anergen Zyklothymie stets den Arzt aufsucht, da er den erlebten Befindlichkeitswandel, eben die vitale Verstimmung, nicht als persönlichkeitszugehörig erlebt.

Immer wieder wird auch die monosymptomatische Ausgestaltung der larvierten Depression als eine Sonderform erwähnt, die vielfach Anlaß zu Fehldiagnosen gibt. Die "Monosymptomatik"

bezieht sich natürlich alleine auf die geäußerten somatischen Beschwerden. Wenn der Arzt nur prinzipiell an die Möglichkeit einer psychischen Ursache denkt, auch wenn das Krankheitsbild zunächst sicher organisch erscheint, kann er dem Patienten und sich viele unnötigen Untersuchungen, ja sogar Operationen, ersparen. Die am häufigsten genannte Ausgestaltung der Monosymptomatik sind Herzbeschwerden, die einen Angina-pectoris-Anfall vortäuschen können sowie Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Diese Beschwerden können, in ihrer Ursache nicht richtig erkannt, zu einem Medikamentenabusus führen mit den jeweiligen schädlichen Nebenwirkungen. In diesem Zusammenhang ist interessant, daß man nach GLATZEL (1972) im Umkreis der Zyklothymie praktisch nie eine Bereitschaft zur Entwicklung einer süchtigen Fehlhaltung findet, wie dies etwa bei der neurotischen Herzphobie vorkommt. Im Gegenteil ist nach seiner Ansicht die Frage nach dem Mißbrauch von Schlafmitteln, Schmerzmitteln oder Stimulantien geradezu ein diagnostisches Hilfsmittel zur Differenzierung dieser Krankheitsbilder. WALCHER (1969) dagegen meint, daß bei den leichten und larvierten endothymen Verläufen bezüglich Alkoholismus und Toxikomanie doch eine teilweise Übereinstimmung mit Gegebenheiten bestehe, wie sie bei den neurotischen Depressionen vorliegen. Diese gegensätzlichen Standpunkte sind auch Ausdruck der unterschiedlichen Auffassungen über die nosologische Zuordnung der larvierten Depression, auf die im folgenden Kapitel eingegangen wird.

IV. Nosologische Zuordnung der larvierten Depression

Die nosologische Zuordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes ist möglich aus der Beachtung seines phänomenologischen Querschnittes, seines Verlaufes und seiner Ursache. Was das Erscheinungsbild anbelangt, so ist seine nosologische Bedeutung eingeschränkt wegen der Unspezifität der Syndrome, die schon im vorigen Kapitel kurz erwähnt wurde. Doch trotz dieser Unspezifität psychopathologischer Befunde muß von ihnen jede Bewertung psychiatrischer Krankheitsbilder ausgehen (HIPPIUS, 1971). Allgemein kann mit WEITBRECHT (1959) gesagt werden, daß ein Syndrom zunehmend Schwergewicht für Differentialdiagnose und Typologie gewinnt, je mehr es sich weitere charakteristische Symptome ankristallisiert.

Die Unspezifität des Querschnittsbildes bezieht sich sowohl auf somatische als auch auf die psychischen Symptome. So nennt GLATZEL (1969) die Leibgefühlstörungen ubiquitär und uncharakteristisch, nach HOLE / PÖLDINGER (1968) finden sich vegetative Symptome bei allen Arten von Depressionszuständen und HELMCHEN (1969) betont, daß körperliche Störungen sowohl bei endogenen zyklothymen Depressionen als auch bei neurotischen reaktiven Depressionen das Bild beherrschen können. In seiner Monographie gibt GLATZEL zu bedenken, daß die typologische Relevanz der Leibgefühlstörungen innerhalb der Gruppe der Schizophrenien eine vielfach unterschätzte Bedeutung besäße, während die Bedeutung der Leibgefühle für die Typologie endogener Psychosen nicht sehr hoch sei, sondern lediglich die Herausstellung von Querschnittsbildern ermögliche. Aus dieser Erkenntnis heraus betont GLATZEL die von Querschnittsbild her oftmals schwierige Differentialdiagnose der larvierten Depression besonders gegenüber initialen Schizophrenien Jugendlicher oder auch später schizophrener Psychosen. Bezüglich der psychischen Symptomatik bezeichnet KIELHOLZ

(1969) die vitale Traurigkeit als ein unspezifisches Syndrom, das sich neben der reinen Zyklothymie auch bei der Untergrunddepression und der endoreaktiven Dysthymie findet und auch WEITBRECHT (1964) schreibt, daß die Traurigkeit nicht grundsätzlich als Differentialdiagnostikum gegenüber den erlebnisreaktiven neurotischen und psychopathischen Depressionszuständen einsetzbar ist. Als weitere differentialdiagnostische Schwierigkeit komme hinzu, daß man sich vor Psychologisierungsversuchen bei endogenen Depressionen hüten müsse, die einmal vom Patienten ausgingen, der es unerträglich finde, motivlos bis zum Tode traurig zu sein und andererseits ein Ausweg der Angehörigen seien, eine vermeintliche Schande aus der Welt zu schaffen.

Aus der Erfahrung, daß die Querschnittsbilder von abnormen Erlebnisreaktionen, Initialstadien einer Zyklothymie, vom psychosomatischen Stadium einer Erschöpfungsdepression und von Neurosen nahezu dechungsgleich sein können, ergibt sich die große Bedeutung der Verlaufsbeobachtung (PETRILOWITSCH, 1970). Doch auch diese ist nur mit Einschränkungen verwertbar, wenn man etwa im Zusammenhang mit dem phasenhaften Auftreten der endogenen Depression an chronische Depressionen und Residualsyndrome denkt, oder an die "reaktive Ausklinkung" endogener Psychosen, die später besprochen wird. Eine Schwierigkeit ergeben dabei auch endogen neurotische Mischbilder, da mit ausklingender Phase die zunehmende Dominanz des neurotischen Krankheitsgeschehens das endogene Bild ablöst.

Aus der Unspezifität der Querschnittsbilder bei Depressionen ergibt sich die Einsicht, daß das Syndrom an sich keinen Rückschluß auf seine Genese erlaubt (KIELHOLZ, 1969). Die verschiedenen Autoren bieten nun eine Vielzahl von Ursachen der larvierten Depression an, woraus sich dann auch die verschiedene nosologische Zuordnung erklärt.

Die larvierte Depression als eigenständige Krankheitseinheit: Die Eigenständigkeit einer Krankheitseinheit larvierte Depression wird heute eigentlich von niemanden mehr vertreten. Ursprünglich war man jedoch bei der Beobachtung des Krankheitsbildes noch unsicher, ob nicht doch wenigstens eine eigenständige Krankheitsgruppe vorliege. HEMPEL (1937) spricht davon und auch LEMKE (1949) denkt zunächst daran, wenn er schreibt, die vegetative Depression könne aufgrund einheitlicher Grundzüge der Symptomatik aus dem großen Kreis der Depressionen als eigene Krankheitsgruppe gelten. Auch WEITBRECHT (1952) stellt die Frage, ob die endoreaktive Dysthymie zusammen mit der larvierten Depression eine neue Krankheitsgruppe bilde und DELIUS (1966) hält einfach die nosologische Stellung der vegetativen Depression noch offen.

Die larvierte Depression im Rahmen der endogenen Depression: Übereinstimmend wird die Zyklothymie von fast allen Autoren als zumindest überwiegende Ausprägungsform der larvierten Depression anerkannt. Doch auch unter denen, die die larvierte Depression nur im Rahmen der Zyklothymie auftreten sehen, ergeben sich erhebliche unterschiedliche Auffassungen über Ätiologie und Bedeutung des Krankheitsbegriffes.

Eigentlich unbestritten anerkannt von allen Autoren ist eine hypothetische Somatose als Grundlage der endogenen Depression. Die Ansichten über die Beschaffenheit der somatischen Fundierung gehen allerdings noch auseinander. Während DITFURTH (1961) die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt ansieht, wendet sich ROSENFELD schon 1939 dagegen, daß vegetative Funktionsstörungen bei endogenen Depressionen den primären krankhaften Vorgang darstellen. FRICK / HÄFNER (1956) schreiben im Gegensatz zu DITFURTH, daß bei leichten psychischen Krankheitsprozessen die Persönlich-

keit deren Symptome weitgehend zu unterdrücken vermöge, was zu emotionalen Stauungen und als deren Folge zu erheblichen vegetativen Störungen im Rahmen der vegetativen Depression oder der endoreaktiven Dysthymie führe. In der neueren Zeit werden verstärkt "Balancestörungen der biogenen Amine" (BIRKMAYER, 1970) als somatische Fundierung diskutiert. Allgemein jedoch gilt, daß letztlich die Ursache der endogenen Depression noch ungeklärt ist und ALSEN (1961) vermerkt sogar, daß die endogene Depression eigentlich nur eine klinische Gegebenheit sei, niemand wisse, ob derselben überhaupt eine oder nur eine Krankheit zugrunde liege. Wenn die Ätiologie endogener Depressionen also letztlich noch ungeklärt ist, kann auch die Frage nach der Ursache der enormen Zunahme larvierter Depressionen nur unvollständig beantwortet werden. Als verbreiteteste Erklärung hat sich die Erfahrung durchgesetzt, daß sich das Bild der endogenen Depression allgemein gewandelt habe und sich heute eben eher in Bildern ausdrücke, die dem der larvierten Depression entsprechen. Der Gestaltwandel drückt sich aus in einer Abnahme von Schuldgefühlen und Versündigungsideen und in einer Zunahme von Insuffizienzgefühlen, hypochondrischen Ideen, somatischen Äquivalenten und neurotisch anmutenden Inhalten (WALCHER, 1969). PAKESCH (1967) stellt einen Strukturwandel zu den leichteren, symptomatisch verwaschenen Formen der endogenen Depression fest. BIRKMAYER (1960) spricht allgemein von einem historischen Wandel der Melancholie, DICHGANS (1952) von einer geschichtlichen Wandlung im Bewußtseinsschwerpunkt des Menschen, und HOFF (1956) davon, daß die Melancholie unserer Zeit dem Leben anscheinend besser angepaßt sei.

Bezüglich des Stellenwertes der larvierten Depression im Rahmen der Zyklothymie ist zu sagen, daß ein Teil der Autoren sie vor allem als Prodromalstadium verwirklicht sieht. LANGE (1942) schreibt hierzu, daß es vor der Melancholie

häufig körperliche Beschwerden sind, die das Nahen eines neuen Anfalles aufzeigen. Andere Autoren beschränken die Ausprägung der larvierten, besser vegetativen, Depression auf eine Phase, so BAUMER, der sie als abortive Phase bezeichnet und DICHGANS, der sie als das Äquivalent einer endogenen depressiven Phase sieht oder GLATZEL (1967), der sie für einen fakultativen Verlaufsabschnitt hält und Zweifel an der Selbstständigkeit einer vegetativen Depression äußert.

Diejenigen Autoren, die einen Gestaltwandel der endogenen Depression feststellen oder wie GLATZEL (1971) die larvierte Depression als einen Prägnanztypen der Zyklothymie beschreiben, ordnen die larvierte Depression nur in den Rahmen der Zyklothymie. Wenn aber die larvierte Depression nur innerhalb der Krankheitseinheit Zyklothymie auftritt, als geringfügige Verschiebung der Symptomproportion im Querschnittsbild, als vermeintliches Teilbild oder auch als milde abortive Form der endogenen Depression (LINDNER, 1966), so ist die Frage berechtigt, ob es angebracht ist, dafür eine neue Bezeichnung aufzustellen. WIECK jedenfalls, der sich in letzter Zeit in mehreren Arbeiten (1965/1968) mit der verstärkten vegetativen Symptomatik bei endogenen Psychosen beschäftigt, vermeidet es, einen eigenständigen klinischen Begriff hervorzuheben für diese Akzentverschiebung innerhalb der bekannten Krankheit Zyklothymie. Wenn WALCHER (1969) schreibt: "Abgesehen von der vegetativ-vitalen Symptomatik unterscheidet sich die larvierte Depression überwiegend nur graduell von den schwergradigen depressiven Verläufen", muß er sich fragen lassen, ob nicht auch das Hervortreten der zum Krankheitsbild gehörigen vegetativ-vitalen Symptomatik nur ein gradueller Unterschied ist. GLATZEL (1972) sieht selbst bei einer Beschränkung der larvierten Depression auf den Formenkreis der Zyklothymie "eine Fülle psychopathologisch durchaus heterogener Bilder, denen neben ihrer Zugehörigkeit zum Formen-

kreis der zyklothymen Depression lediglich gemeinsam das Fehlen einer traurigen Gefühlserregung ist". Den Anforderungen an eine medizinische Symptomatik kann eine solche Definition aber nach seiner Ansicht nicht gerecht werden. Um Abhilfe zu schaffen, unterscheidet er von der melancholischen Zyklothymie die vitale Zyklothymie, die er wiederum in zwei Prägnanztypen, der anergen und der vegetativen Zyklothymie, verwirklicht sieht. Das Kernsyndrom der anergen Zyklothymie ist die vitale Verstimmung, die Leibgefühlstörungen werden nie bildbestimmend, während bei der vegetativen Zyklothymie das Kernsyndrom der vitalen Verstimmung erlebnismäßig im Hintergrund bleibt und die körperlich erlebten Beschwerden bildbestimmend werden. Die beiden Prägnanztypen können fließend ineinander übergehen. Differentialdiagnostisch gibt GLATZEL (1971) dabei zu bedenken, daß das Syndrom der larvierten Depression in unterschiedlichem nosologischem Kontext begegnen kann.

Die larvierte Depression als unspezifisches Syndrom:
Eine große Anzahl von Autoren stellt die larvierte Depression als ein unspezifisches Syndrom vor, das im Rahmen aller Arten von Depressionszuständen auftreten kann. Entsprechend ist die Ätiologie vielfältig. Nach WALCHER (1969) ist die enorme Zunahme der larvierten Depression weniger in endogenen als in exogenen Faktoren zu suchen, vor allem in den unerläßlich gesteigerten und chronischen Belastungsmomenten unserer heutigen, völlig dem gesellschaftlichen Leistungsprinzip unterstellten Lebensführung. ALZHEIMER (1960) bezweifelt die ausschließliche Endogenität vieler Depressionen und KIELHOLZ (1969) fordert, bei jeder Depression zunächst durch eine "mehrdimensionale Differentialdiagnose" die wichtigsten Entstehungsursachen zu klären. Ebenso spricht HIPPIUS, allerdings mehr allgemein für alle psychiatrischen Krankheitsbilder, von einer "multifaktoriellen Syndromgenese" und unterscheidet psycho-, sozio- und somatogenetische Faktoren. LEMKE (1951) spricht von

einer Überbeanspruchung des vegetativen Nervensystems und DELIUS (1966) von einer Disposition im Sinne einer psychovegetativen Regulationsschwäche und einer Anlage zu depressiven Störungen in der Persönlichkeitsstruktur, die in Verbindung mit langdauernder Überforderung, zermürbenden Reizen oder einer Konfliktsituation zum Krankheitsbild der vegetativen Depression führt. Bezüglich des Amin-Mangel-Syndrom als einer Ursache der Depression hält es BIRKMAYER (1970) für möglich, daß es durch Überlastungen auf dem somatischen und psychischen Sektor ausgelöst wird. Es ist an dieser Stelle jedoch auch der häufigste Einwand zu erwähnen, daß gerade bei depressiven Phasen von geringer Amplitude die Situation nicht ursächliches Moment sein muß, sondern daß der phasenhafte Vitalitätsabfall erst in Situationen offenkundig wird, die Anpassung, Umstellung und Anstrengung erfordern. Neben den erwähnten Psychologisierungsversuchen von Verwandten und Angehörigen kann bei der Anamnese diese Tatsache dazu beitragen, daß im Umkehrung der Kausalität eine falsche Diagnose gestellt wird.

Aufgrund der Vielfalt des pathoplastischen Geschehens hält es WALCHER (1969) für angebracht, die nosologische Zuordnung der Krankheitsbilder nach überwiegender Pathoätiologie vorzunehmen. Nach seiner Ansicht ist die larvierte Depression, die vor allem als symptomarme Vitaldepression auftritt, überwiegend als zyklothyme Psychose aufzufassen, doch treten larvierte Verlaufsformen auch bei den depressiven Randpsychosen auf ebenso wie bei den organischen Altersdepressionen, psychoreaktiven Depressionen und neurotischen Depressionen. Ebenso finden sich nach HOLE / PÖLDINGER (1968) vegetative Symptome als Kennzeichen der larvierten Depression nicht nur bei endogenen Depressionen, sondern bei allen Arten von Depressionszuständen, wenn auch in unterschiedlicher Weise. Schon LEMKE sieht seine vegetative Depression (1949) im Rahmen der manisch-depres-

siven Erkrankung, der Schizophrenie und der reaktiven Depression auftreten, ebenso KRANZ (1951) die "depressio sine depressione" als zyklothyme Phase sowie in reaktiven oder anderen Depressionszuständen. In einer Arbeit von ANGST (1969) wird die larvierte Depression als eines von zwölf unspezifischen Depressionssyndromen dargestellt, die sich beliebig untereinander kombinieren können und erst durch Berücksichtigung der ätiologischen Faktoren die jeweilige nosologische Zuordnung erfahren können. Im gleichen Jahr schreibt HELMCHEN von der larvierten Depression sowohl bei endogenen Zyklothymien als auch bei neurotisch-reaktiven Depressionen, während KIELHOLZ (1969) betont, daß grundsätzlich das gleiche depressive Syndrom bei den verschiedenen nosologischen Gruppen in Erscheinung treten kann.Auch GLATZEL (1973) betont die Unspezifität der larvierten Depression sowohl in nosologischer als auch in ätiopathogenetischer Hinsicht. Den gleichen phänomenalogischen Querschnitt in den Prägnanztypen vegetativ-depressives und vitaldepressives Zustandsbild findet er im Rahmen der Zyklothymie, im Verlauf schizophrener Psychosen, bei Bildern des endoreaktiven Grenzbereiches, neurotischen Depressionen und unter dem Einfluß hirnbeteiligter Körperkrankheiten.

Wenn man die larvierte Depression als unspezifisches Syndrom versteht - WALCHER (1969) schreibt von "graduell-ler Qualifizierung" nosologischer Einheiten - so ist die Einführung eines neuen Begriffes zur Kennzeichnung des Syndroms gerechtfertigt, es bleibt der erwähnte Einwand, daß es sich bei den larvierten Depressionen um einen unglücklichen Begriff handelt, da sich nicht eine Depression hinter einer Larve verbirgt, sondern eine besondere Gegebenheitsweise der Depression vorliegt, bei der die Traurigkeit nicht bildbestimmend ist (GLATZEL, 1972). Hinzu kommt, daß die larvierte Depression quasi als

"Sammeltopf" der Problemfälle des Praktikers diesen aus zweierlei Gründen überfordert. Einmal ist er für die bei Einbeziehung auch reaktiver und neurotischer Krankheitseinheiten erforderliche Psychotherapie weder ausgebildet noch zeitlich in der Lage, zum anderen beginnt mit dem Verdacht auf eine larvierte Depression ja erst die schwierige Differentialdiagnose. Die Schwierigkeit wird verstärkt durch den Trend, in Anlehnung an amerikanische Gepflogenheiten, von "multifaktorieller Syndromgenese", mehrdimensionaler Differentialdiagnostik im Hinblick auf Phänomenologie und Nosologie oder von "nosologischer Wahrscheinlichkeitsdiagnose" zu sprechen. Dieser Tendenz zur Relativierung der bestehenden nosologischen Einteilung entspricht auch die Anerkennung "der Existenz eines breiten nosographischen Gebietes zwischen dem zyklothymen Formenkreis und den Neurosen einschließlich der psychosomatischen Störungen" (PETRILOWITSCH 1970). Versuche in dieser Richtung stellen die Hintergrund- und Untergrunddepression von SCHNEIDER, die Erschöpfungsdepression von KIELHOLZ, die symptomarme Vitaldepression (PETRILOWITSCH) und die endoreaktive Dysthymie WEITBRECHTs dar. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch die "Vitalisierung reaktiver Krankheitsbilder" und die "reaktive Ausklinkung" endogener Psychosen. Wenn die larvierte Depression nach Meinung fast aller Autoren hauptsächlich im Rahmen der Zyklothymie auftritt, ist hinsichtlich der Ätiologie der Gegensatz zu reaktiven Krankheitsbildern nicht so starr, wie es zunächst bei der Gegenüberstellung der Begriffe endogen - reaktiv scheinen mag. LANGE schränkt schon 1942 ein, daß bei Leichtmelancholischen Einflüsse der Umgebung erheblich seien und manche Melancholien psychisch provoziert auftreten. Gleichzeitig betont er, daß eine leichte Depression mit Anlaß dennoch eine zirkuläre Melancholie sein kann. WEITBRECHT (1957) spricht von der "Ausklinkung" des manisch-depressiven Irreseins aufgrund somatischer, häufiger jedoch psychischer Faktoren. Öfter trete diese

Ausklinkung bei der endoreaktiven Dysthymie auf, da sie eine geringere Umweltstabilität besitze. Zur Abgrenzung der endogenen Depression von der reaktiven Depression schreibt SCHNEIDER (1955), daß bei der reaktiven Auslösung der endogenen Depression die Wirkung des Affektiven auf das Leibliche, nicht der Inhalt des Erlebnisses, entscheidend sei, der ja dann auch als Thema meist bald aufgegeben würde. Nach seiner Ansicht wirkt das auslösende Moment nicht als Erlebnis, sondern als vitale Kraft. Daß bezüglich seelisch ausgelöster Melancholien allerdings auch Zweifel berechtigt seien, da es für einen kausalen Zusammenhang keine Beweisgabe und ein zufälliges Zusammentreffen der äußeren Umstände und des Krankheitsbeginnes angenommen werden könne, schreibt KOLLE (1961). Ein "sowohl als auch", pathogene Temperamentsausformung und pathogene situative Konstellation, gilt nach PETRILOWITSCH (1970) in erster Linie für den weiten Bereich zwischen primär Endogenem und primär Situativem. Aber auch typische zyklothyme Psychosen hoher Intensität werden durch pathogene Noxen ausgeklinkt und zwar unmittelbar in zeitlicher Hinsicht, während für die Entwicklung atypischer, inkompletter, weder nach Symptomatik noch nach Verlauf markanter Bilder pathogene Dauerkonstellationen von erheblichem Gewicht sind.

Nicht einfach zu trennen von der reaktiven Auslösung endogener Depressionen ist die "vitalisierte Reaktion". GLATZEL (1972) bezeichnet sie als einen schwierigen und problematischen Sachverhalt und versteht darunter eine sekundäre Alterierung der Vitalgefühle unter langdauernden seelischen Belastungen. Nach PETRILOWITSCH können seelisch reaktive Verstimmungen fließend in Hintergrund- und Untergrundverstimmungen übergehen, sich dann im dysthymen Syndrom verfestigen und schließlich in das Zustandsbild einer symptomarmen Vitaldepression einmünden.

Von der reaktiven Auslösung endogener Psychosen mit radikalem Themenwechsel oder Themenschwund unterscheidet sich die vitalisierte Reaktion durch das Festhalten an der pathogenisierenden Thematik. KIELHOLZ (1969) sieht seine Erschöpfungsdepression, primär psychogen auftretend, durch das spätere Absinken in die Tiefenschichten charakterisiert. Die endogene Komponente wird also erst später angestoßen, was KIELHOLZ als wichtigsten Unterschied zur endoreaktiven Dysthymie hervorhebt.

Die nosologische Einordnung der larvierten Depression bringt also große Schwierigkeiten mit sich. Sie sind einmal zurückzuführen auf die Unruhe über die bestehende Nosologie überhaupt, die durch die Relativierung des starren Endogenitätsbegriffes und die Anerkennung einer multifaktoriellen Syndromgenese hervorgerufen wird. Zum anderen beruht die Schwierigkeit darin, daß man die larvierte Depression nicht als ein genau umrissenes, wenn auch unspezifisches Syndrom versteht, sondern als eine "Fülle heterogener Bilder", je nach nosologischem Kontext, in dem es auftritt, so GLATZEL (1972) mit Vorbehalt über die "sogenannte larvierte Depression". WALCHER schreibt, wie schon erwähnt, in diesem Zusammenhang von gradueller Qualifizierung bestehender nosologischer Einheiten. Die schwierige, im Hinblick auf die Therapie und Prognose aber bedeutsame Differentialdiagnose dieser nosologischen Einheiten kann jedoch nur von einem Facharzt bewältigt werden.

V. Möglichkeiten und Grenzen des niedergelassenen praktischen Arztes bei Diagnose und Therapie der larvierten Depression

Die Diagnose einer larvierten Depression ist mit einer Reihe von Schwierigkeiten verbunden, entsprechend häufig werden Fehldiagnosen gestellt. Nur so läßt sich die Differenz erklären zwischen der von Fachärzten vermuteten hohen Anzahl von Erkrankungsfällen an larvierten Depressionen und den in der Praxis selten gestellten Diagnosen. Die Fehldiagnosen des niedergelassenen Arztes beruhen einerseits auf seiner ungenügenden Ausbildung und Vorbereitung auf psychische Krankheitsbilder. Nur das Schließen dieser Lücke kann den Circulus vitiosus durchbrechen, der die Fehldiagnosen mit Überlastung des Praktikers erklärt, obwohl letzteres zu einem beachtlichen Teil durch eben diese Fehldiagnosen und sinnlose Therapieversuche entsteht. Aber auch von Seiten des Patienten treten erschwerende Faktoren hinzu. HELMCHEN (1969) nennt das diffuse Erleben des Krankheitsbildes, das in Verbindung mit der mangelhaften Mitteilungsfähigkeit des Patienten zu unklaren Beschwerdeangaben führen muß. Erschwerend in der Diagnose wirkt sich auch das bereits erwähnte Kausalitätsbedürfnis des Patienten aus, ebenso wie die Tatsache, daß körperliche Beschwerden von der Gesellschaft noch eher akzeptiert werden als psychische und daher vom Patienten bereitwilliger angegeben werden. Die Diagnose darf sich aber nicht auf die spontan geäußerten Beschwerden stützen und und seien sie noch so "arztgerecht", vielmehr muß mehr als sonst der Arzt durch gezielte Fragen und genaue Beobachtungen sein Bild abrunden. Die Gefahr von Suggestivfragen schätzt WIECK (1967) zumindest bei den zyklothym depressiven Patienten gering ein, vielmehr verstärken sie nach seiner Ansicht das Vertrauen des Patienten in die Fähigkeiten und Verständnisbereit-

schaft des Arztes. Sehr anschaulich schlägt LINDNER (1966) die Frage vor, ob das Hobby noch Spaß macht oder auch ob selbstverständliche Beschäftigungen wie zum Beispiel Kochen nicht mehr so von der Hand gehen wie früher. Hilfen bei der Diagnosestellung liefern auch die meist lange Anamnese mit häufigem Arztwechsel, die Unschärfe der wechselnd lokalisierten Beschwerden, Phasenhaftigkeit und Tagesschwankungen.

Die differentialdiagnostischen Erwägungen müssen von der körperlichen und psychischen Seite des Beschwerdekomplexes ausgehen. LANGE (1942) fordert, auf keinen Fall eine genaue körperliche Untersuchung zu versäumen, selbst bei noch so aufdringlichen seelischen Krankheitsbildern, warnt aber auch davor, sich nach Aufdeckung eines organischen Leidens zufrieden zu geben. Auch andere Autoren weisen auf die Möglichkeit einer larvierten Depression als Zweiterkrankung bei bestehenden Organleiden hin, eine Kombination, die von einer reaktiven Depression auf organische Leiden zu unterscheiden ist. Während die Differentialdiagnose zwischen Organkrankheiten und "larvierter Depression" selbst bei deren monosymptomatischen Ausgestaltung noch relativ leicht ist und vom Praktiker bewältigt werden kann, wenn er nur an die Möglichkeit einer psychischen Ursache der Beschwerden denkt, überfordert ihn anschließend die nosologische Einordnung und Abgrenzung von phänomenologisch ähnlichen Bildern. Anders gesagt, ist der Praktiker zu einer mehrdimensionalen Diagnostik unter Einschluß des körperlichen Befinden, des psychischen Zustandsbildes und der Umweltfaktoren anzuhalten, die mehrdimensionale Differentialdiagnose jedoch, die KIELHOLZ (1969) bei jeder Depression fordert, nämlich einmal nach den Entstehungsursachen, zum anderen nach dem phänomenalen Aspekt, eher dem Facharzt vorbehalten. Denn nur genaue Anamnese, sorgfältige Exploration und

aufmerksame Verlaufsbeobachtung ermöglichen eine endgültige Diagnose der Grundkrankheit (GLATZEL, 1973). KIELHOLZ (1969) hält es auch differentialdiagnostisch für erschwerend, daß bei endogenen Depressionen ein ätiologischer Faktor nicht namhaft zu machen ist, was den Verlust der entscheidenden Vergleichsebene zu anderen psychopathologischen Phänomenen bedeutet. Laut LANGE (1942) ist selbst für den Fachmann eine Unterscheidung zwischen leicht endogenen und neurotischen Depressionen nur bis zu einem gewissen Grade möglich, oder, wie GLATZEL (1972) schreibt, vitale Cyclothymie und neurotische oder psychosomatische Symptombildungen schließen einander nicht aus. Diese Beobachtungen, die in früheren Kapiteln erwähnten Schwierigkeiten wie Unspezifität der klinischen Bilder und die multifaktorielle Genese der Syndrome würden den unvorbereiteten Hausarzt bei der Differentialdiagnose bei weitem überfordern. Eine exakte Diagnose ist aber unbedingte Voraussetzung jeder Therapie. GLATZEL (1973) warnt vor einer kritiklosen Anwendung von Psychopharmaka, weil sie zu verwaschenen Krankheitsbildern führen können, Bilder, die denen der larvierten Depression ähneln.

Auch PETRILOWITSCH (1969) hält Abnahme von Symptomprägnanz, zunehmende Symptomlabilität und Farb- und Konturlosigkeit der Zustandsbilder für eine mögliche Nebenwirkung der Psychopharmaka. Er beobachtet daneben bei pharmakogen bewirkter Abschwächung des endogenen Krankheitsbildes die Gefahr zunehmender Neurotisierung des Kranken. Bei dieser "Metamorphose der Zyklothymie" hält der die Koordinierung pharmako-, psycho- und sozialtherapeutischer Maßnahmen im Rahmen eines ausgewogenen Gesamtbehandlungsplanes für angebracht. Da sich der zwischenmenschliche Kontakt durch den thymoleptischen Effekt verbessert, wird zugleich eine psychotherapeutische Führung notwendiger, eine Forderung, die schon rein zeit-

lich die wenigsten Praktiker erfüllen können.

Von Seiten der Therapie der larvierten Depression bietet sich für den Praktiker ein weiteres Problem. Unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Ansprechbarkeit hält nämlich PETRILOWITSCH die in der Sprechstunde häufigen Fälle von Dysthymien, larvierten Depressionen und chronifizierten Verläufen für eine Art negative Auslese. Die Therapieresistenz der inkompletten und nicht eindeutig phasisch depressiven Syndrome führt er auf die pathogenetische Mitwirkung peristatischer Faktoren zurück. Vor einer häufigen Fehltherapie warnt WIECK (1965). Er schreibt, daß ein Kuraufenthalt unter der Fehldiagnose "vegetative Labilität" zu einer Verschlimmerung der Symptome führt. LANGE (1942) empfiehlt eine Regelung des Tagesablaufes und Aufklärung der Umgebung durch den Arzt. BRÄUTIGAM (1969) nennt hier eine feste Haltung des Arztes im Umgang mit dem Patienten, Entlastung des Kranken von Verantwortung und rät, durch Hinweise auf die frühere Leistungsfähigkeit die Hoffnung des Patienten auf Gesundung zu stärken. Er warnt davor, Konfliktthemen zu verarbeiten, sieht sich aber veranlaßt, die Suizidfrage wenigstens zu streifen. Vor Appellen an Willen und Energie mit einem Unterton von Vorwurf warnt DICHGANS (1952), weil dies zu einer Vertiefung der Depression führe. So spricht auch PETRILOWITSCH von einer Art bejahten Passivität als krankgemäßer Einstellung des Patienten, dem Arzt legt er stillschweigende Anerkennung der Unverstellbarkeit des Zustandes nahe. PETRILOWITSCH / BAER (1970) halten voreilige Aufklärung des Patienten für gefährlich. Nach ihrer Ansicht entlastet den Kranken die Projektion der Beschwerden in die körperliche Sphäre, ebenso wie die Beschuldigung situativer Belastungen als ursächliches Moment. Wenn man dem Patienten die vermeintliche körperliche Funktionsstörung nähme, stieße man ihn erst

recht in die Depression hinein. Es zeigt sich also, daß die Psychotherapie in der Behandlung der larvierten Depression durchaus ihren Platz hat, rein psychotherapeutische Behandlungserfolge allerdings täuschen (DITFURTH, 1961).

In diesem Zusammenhang erhebt sich die Frage nach der Prophylaxe. Wenn eine große Anzahl Autoren die Umweltbelastung des Menschen in der heutigen Zeit für die enorme Zunahme der larvierten Depression verantwortlich macht, wäre es eigentlich angebracht, die Ursachen mehr in den Mittelpunkt zu stellen. BLEULER empfiehlt etwas vage "geistige Hygiene in der Erziehung, in der Ehe, auf den Arbeitsplätzen und für den Alternden", während WALCHER zu dieser Frage meint, es sei den Ärzten nicht möglich, bestimmend auf ihr Zeitbild einzuwirken und es bliebe nur die Aufgabe, den von den Auswirkungen dieser Zeit Betroffenen helfend beizustehen.

VI. Zusammenfassung

Der Begriff der larvierten Depression ist aus zweierlei Gründen unglücklich: Einmal sagt er nichts über die im Vordergrund stehende körperliche Symptomatik aus, zum anderen beinhaltet er nach Meinung der Mehrheit der Autoren lediglich ein unspezifisches Syndrom, das im Rahmen der verschiedenen Krankheitseinheiten auftritt. Zwar wird sie überwiegend der zyklothymen Psychose zugeordnet, doch tritt sie auch als reaktive Depression oder neurotische Depression auf. Sogar eine Schizophrenie kann sich unter dem Bild einer larvierten Depression äußern. Daraus folgen diagnostische Schwierigkeiten und therapeutische Konsequenzen, die den Praktiker in der Regel bei weitem überfordern. Dem Anspruch, der in einem Geleitwort zu WALCHERs Monographie gestellt wird, dem praktischen Arzt bei der Lösung seiner Problemfälle zu helfen, kann der Begriff nur insoweit gerecht werden, als er Problembewußtsein schafft und den Praktiker zur Überweisung des Patienten veranlassen könnte. Dadurch würde der wahre Engpaß aufgedeckt, nämlich der Mangel an Fachärzten der Psychiatrie. Angesichts der Komplexität des Begriffes können Ausbildung und Weiterbildung des praktischen Arztes nur ergänzende Maßnahmen sein. Auf jeden Fall ist vor einer starken Vereinfachung der Definition und einer daraus folgenden kritiklosen Therapie strengstens zu warnen.

Literaturverzeichnis

ALSEN, V.: Das Kernsyndrom der endogenen Depression
Nervenarzt 32, 470 - 472 (1961)

ANGST, J.: Der depressive Patient - Erkennung und diagnostische Zuordnung
Ther. Berichte 3, 139 - 145 (1969)

ALZHEIMER, O.: Zur Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen
Med. Welt 37, 1918 - 1920 (1960)

BAUMER, L.: Vegetative Dystonien als abortive Phasen zyklothymer Depressionen
Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 125, 5 (1953)

BAUSENHARDT, D.: Was ist eine larvierte Depression?
Selekta 13, 911 - 912 (1971)

BINDER, H.: Die Depression im Gewande einer vegetativen Dystonie
Landarzt 42, 1152 - 1153 (1966)

BIRKMAYER, W., DANIELCZYK, W.: Die vegetative Dystonie - eine Funktionsstörung der reticulären Formation
Med.Welt 11, 1463 - 1467 (1960)

BIRKMAYER, W.: Zur Indikation antidepressiver Drogen
Ärztl. Prax. 87, 4729 - 4731 (1970)

BLEULER, M.: Die Depression in der ärztlichen Allgemeinpraxis
Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 106, 105 - 106 (1949)

BLEULER, M.: Die Bedeutung der modernen Lehre über die Depression in der Allgemeinpraxis
Ther. Umsch. 25, 3 - 4 (1968)

BRÄUTIGAM, W.: Therapeutische Führung und Behandlung depressiver Patienten.
Dtsch. med. J. 20, 66 - 68 (1969)

CHRISTIAN, P.: Klinik, Verlaufsbeobachtung und therapeutische Möglichkeiten bei der vegetativen Dystonie
Mkurse ärztl. Fortbild. 18, 490 - 495 (1968)

CIMBAL, W.: Vegetative Äquivalente der Depressionszustände
Dtsch. Z. Nervenheilk. 107, 36 - 41 (1929)

DELIUS, L.: Psychovegetative Syndrome
Thieme, Stuttgart 1966

DICHGANS, G.: Vegetative Depression
Dtsch. med. Wschr. 51, 1602 - 1605 (1952)

DITFURTH, H.v.: Die endogene Depression als Folge der Störungen einer vegetativen Beziehung zur Umwelt
Nervenarzt 32, 559 - 560 (1961)

FRICK, E., HÄFNER, H.: Zur Nosologie der sogenannten vegetativen Dystonie
Dtsch. med. Wschr. 81, 1231 - 1235 (1956)

GLATZEL, J.: Über zyklothyme Depressionen mit vegetativer Symptomatik
Fortschr. Neurol. Psychiat. 35, 441 - 452 (1967)

GLATZEL, J.: Leibgefühlsstörungen bei endogenen Psychosen
aus: Schizophrenie und Zyklothymie 163 - 175
Thieme, Stuttgart 1969

GLATZEL, J.: Larvierte Depressionen
Hippokrates 42, 256 - 257 (1971)

GLATZEL, J.: Die sogenannte larvierte Depression
Sandoz, Nürnberg 1972

GLATZEL, J.: Larvierte Depressionen
Psychiat. clin. 6, 53 - 64 (1973)

HEINRICH, K.: Über psychotische Gestimmtheiten
aus: KRANZ, H., HEINRICH, K.: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie
Thieme, Stuttgart 1969

HELMCHEN, H.: Die Erkennung von Depressionen in der Allgemeinpraxis
Dtsch. med. J. 20, 57 - 59 (1969)

HEMPEL, J.: Die vegetativ dystone Depression
Nervenarzt 10, 22 - 26 (1937)

HERTRICH, O.: Diagnostik und Differentialdiagnostik der leichteren depressiven Zustandsbilder
Fortschr. Neurol. Psychiat. 30, 237 - 272 (1962)

HIPPIUS, H.: Psychiatrische Krankheitsbilder - Einteilung und Erscheinungsformen
Pharmaberichte Bayer, Heft 17, (1971)

HOFF, H.: Das veränderte Erscheinungsbild der Melancholie
Wien. klin. Wschr. 68, 730 - 731 (1956)

HOLE, G., PÖLDINGER, W.: Larvierte Depression und vegetative Symptome bei der Depression
Mkurse ärztl. Fortbild. 18, 526 - 530 (1968)

KANT, O.: Depression und psychopathische Verstimmung
Klin. Wschr. 6, 1593 - 1596 (1927)

KEYSERLINGK, H. v.: Psychische Erkrankungen und vegetative Dystonie
Med. Wschr. 7, 617 - 623 (1953)

KIELHOLZ, P.: Die verkannte Depression
Therapiewoche 19, 2139 - 2141 (1969)

KIELHOLZ, P.: Die larvierte Depression
Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1973

KIELHOLZ, P., HOLE, G.: Differentialdiagnostik der endogenen Depressionen, Erschöpfungsdepressionen, Dysthymien und Schizophrenien
aus: Schizophrenie und Zyklothymie, Thieme, Stuttgart 1969

KOLLE, K.: Psychiatrie
Thieme, Stuttgart 1961

KRANZ, H.: Die Differentialdiagnostik der Depressionszustände
Med. Welt 20, 78 - 81 (1951)

LANGE, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch depressive Konstitution
aus: Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten Bd VI/II, Springer, Berlin 1928

LANGE, J.: Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein
aus: Handbuch der Erbkrankheiten, Bd 4,
Thieme, Leipzig 1942

LEMKE, R.: Über die vegetative Depression
Psychiat. Neurol. med. Psychol. 1, 161-166 (1949)

LEMKE, R.: Über die Bedeutung der Leibgefühle in der
psychiatrischen Diagnostik
Psychiat. Neurol. med. Psychol. 3, 325-340 (1951)

LEONHARD, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen
Akademie-Verlag, Berlin 1957

LESSE, S.: Depression sine Depression (Masked Depression)
N. Y. St. J. Med. 68, 535 - 543 (1968)

LINDNER, M.: Organsymptome in der Psychiatrie: Die verkannte Depression
Hippokrates 21, 860 - 863 (1966)

LOPEZ IBOR, J.J.: Depressive Äquivalente
in: HIPPIUS,H., SELBACH,H.: Das depressive Syndrom
Urban u. Schwarzenberg, München/Berlin/Wien 1969

MATUSSEK, P.: Endogene Depression
Urban u. Schwarzenberg, München 1965

PAKESCH, E.: Zum Syndrom der larvierten Depression
in: Kranz, H., Heinrich, K.: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie
Thieme, Stuttgart 1967

PETERS, U.H., GLATZEL, J.: Larvierte Depression
Med. Klin. 66, 1637-1640 (1971)

PETRILOWITSCH, N., BAER, R.: Zyklothymie 1964 - 1969
Fortschr.Neurol.Psychiat. 38,
601 - 692 (1970)

PETRILOWITSCH, N.: Zur Problematik depressiver Psychosen
Arch. Psychiat. Nervenkr. 202,
244 - 265 (1961)

PETRILOWITSCH, N., HEINRICH, K.: Klinische Differenzierung endogen-depressiver Erkrankungen
Arch. Psychiat. Nervenkr. 202,
371 - 394 (1961)

PLETNEW, S.: Zur Frage der somatischen Cyclothymie
Z. klin. Med. 107, 145 - 150 (1928)

RADMAYR, E.: Zur Problematik larvierter Depressionen
Wien. klin. Wschr. 19, 333 - 334 (1971)

RADMAYR, E.: Der Problempatient in der Praxis
Med. Welt 21, 2071 - 2077 (1970)

ROGGENBAU, Ch.: Über die körperlichen Erscheinungen bei den Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises
Mschr. Psychiat. Neurol., Band 86, 335 - 354 (1933)

ROSENFELD, M.: Vegetative Systeme und psychische Störungen
Münch. med. Wschr. 12, 447 - 450 (1939)

SATTES, H.: Die hypochondrische Depression
VEB Carl Marhold Verlag, Halle 1955

SCHNEIDER, K.: Zur Differentialdiagnose der Depressionszustände
Fortschr. Neurol. Psychiat. 23, 1 - 6 (1955)

SCHNEIDER, K.: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände
Z. ges. Neurol. Psychiat. 59, 281-286 (1920)

STACHELIN, J.E.: Über Depressionszustände
Schweiz. med. Wschr. 85, 1205-1209 (1955)

THIELE, R.: Zur somatologischen Fundierung der Psychosen
Psychiat. Neurol. med. Psychol. 3, 322-325 (1951)

WALCHER, W.: Die larvierte Depression
Brüder Hollinek, Wien 1969

WALTHER-BÜEL, H.: Vital somatisierte Dysthymie (larvierte Depression)
Praxis 59, 486 - 488 (1970)

WEITBRECHT, H.J.: Zur Typologie depressiver Psychosen
Fortschr. Neurol. Psychiat. 20, 247 - 269 (1952)

WEITBRECHT, H.J.: Das Syndrom in der psychiatrischen Diagnose
Fortschr. Neurol. Psychiat. 27, 1-19 (1959)

WEITBRECHT, H.J.: Vergleichende Psychopathologie von Depressionszuständen
Arch. ges. Psychol. 116, 405 - 414 (1964)

WESTERMANN, J.: Über die vitale Depression
Z. ges. Neurol. Psychiat. 77, 391-422 (1922)

WIECK, H.H.: Zur Lokalisation zyklothymer Mißempfindungen
Med. Welt Nr. 43, 2452 - 2454 (1965)

WIECK, H.H.: Zyklothyme Mißempfindungen, Quelle diagnostischer Irrtümer
Med. Welt Nr. 21 1174 - 1175 (1965)

WIECK, H.H.: Die verkannte Depression
Therapiewoche 18, 243 - 247 (1968)

Lebenslauf

Am 25. November 1948 wurde ich als zweiter Sohn von fünf Kindern des Metzgermeisters Peter Wald und seiner Ehefrau Katharina, geb. Jouaux, in Gau-Algesheim, Kreis Mainz-Bingen, geboren. Nach dem Besuch der Grundschule in den Jahren 1955 - 1959 trat ich in das Stefan-George-Gymnasium in Bingen ein. Einschließlich zweier Kurzschuljahre besuchte ich dort den altsprachlichen Zweig bis zum Abitur am 20. Juni 1967.

Im Anschluß an ein achtwöchiges Krankenpflegepraktikum leistete ich meinen verkürzten Wehrdienst bis zum 30. September 1968 bei Sanitätseinheiten in Marburg.

Im Wintersemester 1968/69 begann ich mein Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz. Dort legte ich am 7. Oktober 1969 meine naturwissenschaftliche Vorprüfung ab, am 26. März 1971 meine ärztliche Vorprüfung. Nach Ablegung des Staatsexamens an der gleichen Universität erhielt ich am 19. Juni 1974 vom rheinland-pfälzischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport die Berechtigung mich als Medizinalassistent zu betätigen.

Meine Medizinalassistentenzeit begann ich am 1. August 1974 auf der Inneren Abteilung des Heilig-Geist-Hospitals Bingen, vom 1. Dezember dieses Jahres an werde ich auf der Chirurgischen Abteilung des Hauses beschäftigt sein.

Seit März 1972 bin ich verheiratet mit Helma, geb. Kleisinger, von Beruf Bankkaufmann.